

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-OUEST

ANNÉE 1971

THÈSE

N° 38

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Gérard, Jean-Baptiste HEBERT

Né le 9 Mars 1942 à Boulogne-Billancourt

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ULCERES GEANTS BENINS
DE LA PETITE COURBURE GASTRIQUE.

A propos de trois observations.

Président : Monsieur A.D. NENNA (Professeur)

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI

1971

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-OUEST

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Gérard, Jean-Baptiste HEBERT

Né le 9 Mars 1942 à Boulogne-Billancourt

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ULCERES GEANTS BENINS
DE LA PETITE COURBURE GASTRIQUE.
A propos de trois observations.

Président : Monsieur A.D. NENNA (Professeur)

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI*

1971



A mes Parents

A ma femme

A Monsieur le Professeur A.D. NENNA

Professeur à la Faculté de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait l'honneur
de présider cette thèse
et de nous aider de ses
conseils

A Monsieur le Professeur Agrégé QUEVAUVILLIERS

Assistant des Hôpitaux

Pour son enseignement de la
médecine et l'aide qu'il
nous a prodiguée au cours
de ce travail

A mes Maîtres d'Externat

Professeur LEPAGE

Gynécologue accoucheur de la Maternité
Baudelocque

Docteur BENASSY

Chirurgien à l'Hôpital R. Poincaré de
Garches

Docteur GUYOT

Neuropsychiatre médecin-chef de l'Hôpital
Psychiatrique du Bon Sauveur - 22-Bégaré

Docteur LAMARE

Chirurgien de l'Hôpital de St-Germain-en-
Laye

Docteur B. JAMAIN

Gynécologue accoucheur de l'Hôpital Bichat

Docteur B. MICHELON

Gynécologue accoucheur de l'Hôpital de
St-Germain-en-Laye

Pour leurs conseils

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ULCERES GEANTS
BENINS DE LA PETITE COURBURE GASTRIQUE.

A propos de trois observations

-:-

INTRODUCTION

-:-

Nous avons eu l'occasion d'examiner dans le service de Médecine de l'Hôpital Intercommunal de POISSY (78), trois malades âgés respectivement de 31, 44 et 62 ans, hospitalisés durant l'année 1970-1971. Ils étaient atteints d'un ulcère géant bénin de la petite courbure gastrique, d'une taille variant entre 4 et 7 centimètres.

Les ulcères géants bénins de la petite courbure ont été définis par MATHIEU et MOUTIER en 1919 comme des "ulcérations en fer à cheval elliptiques de 4 centimètres selon leur plus grand diamètre et dont le grand axe est perpendiculaire à la petite courbure située à distance du pylore et du cardia, le fond de l'ulcère étant formé par les organes voisins, pancréas, foie".

Nous envisageons successivement : les signes, l'évolution, le traitement et la place des ulcères géants bénins de la petite courbure parmi les autres ulcères de l'estomac.

La description des niches géantes gastriques a été établie en 1919 par MATHIEU et MOUTIER (1). Ils affirment l'existence d'ulcères géants bénins en étudiant les aspects cliniques et les lésions et considèrent ces ulcères particulièrement graves nécessitant un recours chi-

rurgical par crainte de méconnaître un cancer gastrique. C'est vers 1942, que LEDOUX, LEBARD, GARCIA-CALDRERON et NEMOURS montrent que la fréquence des niches géantes bénignes est largement supérieure à celle des niches géantes malignes, contrairement à l'opinion des auteurs anglo-saxons. GUTMANN apporte au problème de la malignité, la notion de la localisation de l'ulcère : les signes radiologiques portant sur la portion verticale de la petite courbure, révèlent le plus souvent des lésions de nature ulcéreuses, alors que les niches géantes de la portion horizontale seraient plus fréquemment l'indice de cancers ulcérés.

Pour les Anglo-saxons, à la suite des travaux d'ALVAREZ et de MAC CARTHY, de la Mayo Clinic, ces ulcères géants furent longtemps considérés comme néoplasiques. Cette notion ulcéreuse fut atténuée plus tard à la suite des travaux de TURNER et de COHN et SARTIN. Depuis 1955, l'absence de relations entre la taille et la malignité des ulcérations géantes est une notion communément admise et statistiquement prouvée comme permettent de le constater les études de ZATERKA et de COHN et SARTIN.

C'est à la même époque que GUTMANN précise les modalités du test thérapeutique qui porte son nom, apportant des éléments nouveaux dans le domaine du diagnostic différentiel, particulièrement épineux, des lésions bénignes et malignes. Dans le même ordre d'idée, l'introduction puis l'affinement des techniques endoscopiques et la possibilité de prélèvement biopsique sous contrôle de la vue ont transformé les conditions d'identification de ces lésions bien visibles en fibroscopie.

Dans le domaine étiopathogénique les connais-

sances sont encore fragmentaires quant au mécanisme déclenchant. Il semble qu'il n'existe le plus souvent, aucune étiologie véritable de la maladie, mais plutôt un ensemble de facteurs prédisposants et de facteurs d'accompagnements.

Les facteurs vasculaires et iatrogènes sont de connaissance relativement récente. Au sujet des premiers J.J. DUBARRY et RUMEAU ont mis en évidence le rôle de l'athéro-sclérose dans l'ulcère géant plus particulièrement chez le sujet âgé. Quant aux ulcères consécutifs à des traitements cortisoniques, ils furent décrits dès l'utilisation des thérapeutiques hormonales par GRAY et coll. en 1951 aux Etats-Unis, et par FRED SIGUIER et WELTI en 1953. Enfin TAYLOR et HUSKINSSON, en 1968, montrent que l'Indométhacine est capable de provoquer des ulcères gastriques de très grandes dimensions et souvent multiples.

OBSERVATIONS

-:-

OBSERVATION n°1 -

Monsieur M ... Manuel, 31 ans, manoeuvre d'origine portugaise, en France depuis 12 mois, marié et père de trois enfants, est hospitalisé du 18 novembre 1970 au 6 février 1971 pour syndrome douloureux abdominal, associé à un amaigrissement important et à des vomissements fréquents.

Monsieur M ... mène une vie régulière, fume dix cigarettes par jour, consomme au moins un litre de bière et un "pousse-café" quotidiennement. Les troubles dont il se plaint débutèrent quatre mois avant l'hospitalisation, par des douleurs épigastriques post-prandiales, transitoires, intermittentes, accompagnées d'une petite asthénie. Un transit gastro-duodénal pratiqué à ce moment était normal. Les troubles s'aggravent au fil des semaines et à l'admission du malade, on note un amaigrissement de 17 kilos. Le malade se plaint de douleurs intenses à type de torsion, le réveillant parfois la nuit, de siège épigastrique maximum à gauche de la ligne médiane, irradiant dans le dos, apparaissant deux à trois heures après les repas, chaque jour, sans interruption. Enfin, ces douleurs sont accompagnées de vomissements alimentaires et d'éructations quasi permanentes. Le malade est pâle et asthénique ; il pèse 52 kilos pour 1,78 m et l'on note un subictère conjonctival.

La palpation abdominale est douloureuse avec une discrète contracture réflexe. L'observation à jour frisant, permet de constater l'existence d'ondulations péristaltiques de gauche à droite. Les examens biologiques révèlent une anémie à 2 750 000 globules rouges, avec leucopénie modérée. La vitesse de sédimentation est à 62 à la première heure, une hypoprotidémie avec urée à 0,50 gramme/litre, les tests hépatiques sont perturbés de façon dissociée.

Le transit gastro-duodéal (Dr LIEGEOIS)
pratiqué après deux aspirations de 400 cc de liquide, montre que le transit oesophagien est normal, par contre, l'estomac est longiligne, présentant une énorme distension avec sténose pylorique.

Il existe :

- 1) Une importante niche ulcéreuse de la portion verticale de la petite courbure
- 2) Une niche prépylorique.

L'ulcération de la petite courbure est profonde d'environ 4 centimètres, à fond irrégulier, cerné d'un épais bourrelet d'oedème en saillie, sans image de rétraction, avec discrète encoche de la grande courbure en regard de la niche du fait de la rapidité de l'atteinte de l'état général et de la suite de la confirmation radiologique de la nature ulcéreuse des troubles, on entreprend un traitement médical rapide "d'épreuve".

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| - Repos complet | Régime dyspeptique |
| - Primobolan ^x et | Oxyferriscorbone Sodique |
| en alternance pendant | |
| 20 jours | |
| - Lactoclaste ^x | Intra-veineuse |
| - B 12 | Intra-musculaire |
| - Prental ^x et | Bismuth-film pendant |
| | 3 semaines. |

La gastroscopie est pratiquée à l'issue de la première semaine de traitement par le Dr HOUSSET.

Transit oesophagien normal avec bonne perméabilité hiatale. L'exploration facile est complète jusqu'au pylore. La kinésie est normale.

On découvre :

- 1) une ulcération prépylorique profonde puis en remontant,
- 2) un ulcère de l'angle, volumineux, très profond à contours nets. La muqueuse est mamelonnée, nettement inflammatoire.

Le liquide de stase est abondant, propre, sans débris alimentaires.

Au total : "L'examen oesogastrosopique ne permet pas de trancher sur la nature des lésions".

Sous l'effet du traitement l'état général s'améliore ; le malade a repris cinq kilos en trois semaines. De nouveaux clichés pratiqués montrent l'absence d'amélioration radiologique. Enfin, sur le plan biologique, l'anémie persiste.

L'indication opératoire est alors posée pour ulcère géant de la petite courbure, ne régressant pas sous traitement médical.

Le malade subit une gastrectomie des deux tiers avec anastomose du type Péan.

Compte-rendu opératoire : Docteur FERZLI

- Médiane sous-ombilicale
- Découverte d'un ulcère géant de la petite courbure situé à la jonction des portions verticales et horizontales, d'environ 4 cm et non perforé et d'un second ulcère prépylorique avec

importante réaction inflammatoire.

- L'étude histologique des prélèvements effectués sur la pièce opératoire (Dr ISIDOR) montre au niveau de la petite courbure, une importante solution de continuité creusant largement la muqueuse et la sous-muqueuse ainsi que les deux couches musculaires, seule la sous-séreuse est intacte, mais très inflammatoire et scléreuse. De part et d'autre, de cette infractuosit , la muqueuse est nettement inflammatoire.

- Ulcère géant calleux de la petite courbure.

Les suites opératoires furent simples, le malade sort à l'issue de trois mois d'hospitalisation pesant 54 kilos.

EN RESUME :

Il s'agissait d'un ulcère géant calleux, bénin, de l'angle de la petite courbure, non perforé, associé à un ulcère de grande dimension prépylorique, entraînant une sténose pylorique avec importante altération de l'état général ; anémie et hypoprotidémie. L'absence de régression des lésions sous traitement d'épreuve ayant nécessité une gastrectomie partielle.

Le malade est sorti en bonne santé au 15e jour de l'intervention, après des suites opératoires simples.

o

OBSERVATION n 2 -

Monsieur A... Camille, âgé de 62 ans, marié, père d'un enfant, exerçant la profession de peintre en bâtiment, est hospitalisé du 13 novembre 1970 au 19 décembre 1970 pour "syndrome

douloureux épigastrique avec altération de l'état général et amaigrissement de quatre kilos en trois semaines". Ancien déporté, Monsieur A. fume trente cigarettes par jour, consomme un litre de bière et au moins un demi litre de vin quotidiennement, sans compter plusieurs apéritifs. L'histoire de la maladie remonte peut être à 1946. Au retour de sa déportation, le malade ressent les premiers épisodes douloureux, deux à trois fois par jour durant deux à trois semaines, espacés entre eux de plusieurs mois ou années. Ces douleurs survenant à des moments variables dans la journée et de durée également variable. Depuis 1960, les douleurs ont disparu et c'est le 20 octobre 1970 que Monsieur A ... consulte son médecin pour douleurs épigastriques en ceinture à type de crampe accompagnées de vomissements, sans rythmicité nette au cours du nycthémère. On constate déjà un léger amaigrissement. Malgré la mise au repos, un traitement ambulatoire, l'altération de l'état général s'amplifie et le malade est hospitalisé trois semaines après le début des troubles digestifs. A l'arrivée du malade, on note le siège épigastrique d'une douleur en ceinture à type de crampe aiguë et irradiant dans les deux fosses iliaques. Cette douleur est permanente depuis trois semaines sans notion de rythmicité, responsable d'une anorexie et d'un amaigrissement de plus de quatre kilos. Pas d'hématémèse ni de mélaéna depuis le début de l'évolution. Le reste de l'examen clinique ne révèle aucun élément particulier.

Le transit gastro-duodénal (Dr LEMESLE) pratiqué le 7 novembre 1970 montre un estomac dilaté, hypotonique, avec séquelles d'un ulcus bulbaire. Sur les clichés en procubitus, on trouve une image d'addition de la petite courbure gastrique, portion verticale qui évoque une niche géante sur fond d'encastrement.

OesogastroscoPie pratiquée par le Dr HOUSSET

montre au niveau de la portion verticale de la petite courbure une énorme ulcération plus profonde dans sa partie inférieure que dans sa partie supérieure ; le fond est recouvert d'un enduit épais et blanchâtre avec un piqueté hémorragique ancien.

Les bords sont nettement enraidis et la palpation à la pince le confirme. Des prélèvements pratiqués ramènent des débris inflammatoires et nécrobiotiques bénins.

"Il n'est pas possible endoscopiquement de préciser la nature de cette lésion qui peut tout aussi bien correspondre à un ulcère géant ancien qu'à un ulcère en voie de dégénérescence ou à un néoplasme débutant".

Sur le plan biologique, il n'existe pas d'anémie : l'hématocrite est à 48 p.cent. Par contre, il existe une hyperleucocytose modérée à 10 800 et une vitesse de sédimentation accélérée. Les tests hépatiques sont peu perturbés.

Devant un tel tableau d'ulcère géant de la petite courbure, portion verticale dont l'aspect radiologique est plutôt évocateur d'une lésion maligne, devant l'absence de confirmation diagnostique et en raison de la persistance des troubles digestifs, le malade est confié au chirurgien qui pratique le 2 décembre 1970, une gastrectomie des deux tiers pour lésion ulcéreuse de la portion verticale de la petite courbure.

Compte-rendu opératoire : Docteur RONAT

- Médiane sous-ombilicale.
- L'estomac est légèrement dilaté. Il existe au niveau de la partie moyenne, de la portion verticale de la petite courbure, sur son versant postérieur, un énorme ulcère perforé, bouché de

5 cm de diamètre, à parois souples, légèrement perforé dans le pancréas au niveau de sa région isthmique.

- L'exploration pédiculaire montre deux ganglions dans le pédicule hépatique, une pléiade de ganglions petits et inflammatoires dans la faux de la coronaire.

- Au total, gastrectomie des deux tiers après ligature pédiculaire au lin. Anastomose gastro-duodénale à la Péan. L'ulcère est décollé du pancréas au bistouri électrique et le fond électro-coagulé.

- L'examen macroscopique de la lésion ne montre aucun signe permettant de suspecter une lésion maligne.

Examen anatomo-pathologique (Docteur ISIDOR)

L'étude des prélèvements effectués sur la pièce opératoire montre au niveau de la zone prépylorique une très large et profonde solution de continuité. L'anfractuosité intéresse la muqueuse, la sous-muqueuse et une grande partie de l'armature musculaire ; le fond est représenté par une épaisse couche de tissus fibreux infiltrés de façon diffuse par des lymphocytes, des artérioles sont souvent obstruées par un thrombus plus ou moins volumineux. Le réseau sympathique est nettement hyperplasique.

AU TOTAL :

Ulcère géant cratériforme chronique de la région prépylorique.

Les suites opératoires sont compliquées par une phlébite du membre inférieur au 10^e jour. Le malade sort au 18^e jour, en bon état.

EN RESUME :

Il s'agit d'un ulcère géant bénin chronique de

la petite courbure non compliquée révélé brutalement par une symptomatologie hyperalgique et digestive chez un homme de 62 ans, présentant des antécédents ulcéreux anciens.

L'examen anatomique de la pièce révélant la présence de thrombus artériolaire au fond de l'ulcère.

o

OBSERVATION n°3 -

Madame T ... Thérèse, mère de famille, âgée de 44 ans, entre dans le service le 3 octobre 1970, pour :

1) Bilan d'un rétrécissement mitral à l'origine possible d'une embolie artérielle de la tibiaie postérieure gauche, survenue quatre mois auparavant.

2) Associé à des troubles digestifs, anorexie, nausées, vomissements et amaigrissement de onze kilos en quatre mois.

Madame T ... ne boit pas, ne fume pas, mène une vie régulière. Cependant l'interrogatoire révèle une personnalité anxieuse, hyper-émotive. Sur le plan cardiovasculaire, il s'agit d'un rétrécissement mitral typique, probablement peu serré car bien toléré, sans aucun signe d'accompagnement, sans signe périphérique, sans séquelles, au niveau des membres inférieurs, oscillations normales symétriques, les mollets sont souples. Sur le plan digestif, anorexie, nausées depuis plusieurs mois, vomissements noirâtres depuis quinze jours environ, sans mélaéna, dysphagie basse avec sensation d'arrêt de "boule" et de torsion non douloureuse. Il n'y a pas de

brûlure, ni de symptomatologie douloureuse. L'abdomen est souple et indolent, le reste de l'examen clinique est normal.

L'interrogatoire révèle que les troubles digestifs débutèrent quatre mois auparavant par une douleur violente du mollet gauche, d'apparition brutale, persistante. Cette douleur est associée à des manifestations digestives non douloureuses et un amaigrissement progressif. Dans les quinze jours précédant l'hospitalisation plusieurs hématomésés de faible abondance surviennent et qui semblent coïncider avec la prise d'indométhacine à la dose de 50 mg/24 heures per-os et d'acide nuflirique.

Le transit gastro-duodéal (Dr LEMESLE) (fig.3) pratiqué montre une niche géante de la petite courbure à la jonction des portions horizontales et verticales avec un volumineux bourrelet d'oedème, sans modification notable des plis et sans attraction de la partie correspondante de la grande courbure.

Les examens complémentaires montrent une anémie à 3,6 millions et une hyperleucocytose à 10 000. La vitesse de sédimentation est très accélérée. Protides totaux et électrophorèse ne sont pas modifiés. Il s'agit donc d'un amaigrissement considérable, sans signe de dénutrition.

La gastroscopie (Dr HOUSSET) pratiquée le 10 octobre 1970, découvre un "ulcère géant de la petite courbure, portion sus-angulaire. Cet ulcère est très profond ; son fond est légèrement noirâtre ; les bords sont épaissis mais réguliers. On effectue par prudence une biopsie au niveau du bord". Le reste de la petite courbure, sus-angulaire. L'aspect noirâtre du fond correspondant probablement à un saignement plus ou moins ancien.

L'examen histologique du prélèvement biopsique révèle qu'il n'existe nulle part d'anarchie structurale ou cytologique suspecte. En effet, des glandes à mucus occupent près de la moitié de la hauteur des tubes. Les culs-de-sac sont faits de cellules tantôt claires, tantôt basophiles où persistent quelques rares cellules bordantes. On retrouve un infiltrat inflammatoire interstitiel essentiellement lymphoplasmocytaire.

En fonction de l'état clinique, des lésions radiologiquement bénignes, de l'aspect gastrosopique et de l'anatomo-pathologie, un traitement médical est institué : repos absolu, pansements gastriques, oxyferriscorbone sodique et anti-spasmodiques. La malade quitte le service au 11e jour ; un contrôle du transit gastroduodénal pratiqué trois semaines plus tard, montre que l'image d'addition de la petite courbure a presque totalement disparu. Au deuxième mois de traitement médical, il n'existe plus de symptomatologie digestive : prise de poids de quatre kilos et absence de lésion radiologiquement visible. Le bilan biologique est normal avec une vitesse de sédimentation à 6 mm à la première heure.

AU TOTAL :

Il s'agissait d'un ulcère géant bénin de la petite courbure d'étiologie probablement iatrogène, à symptomatologie douloureuse, très fruste, ayant régressé complètement en deux mois sous l'effet du traitement médical.

RECAPITULATION DES 3 OBSERVATIONS

-:-

	Obs.1	Obs.2	Obs.3
Taille de l'ulcère (en cm)	4	5	7
Sexe	H	H	F
Age	31	62	44
Douleur épigastrique	+	+	0
rythmicité	+	0	
périodicité	+	0	
Douleurs nocturnes	+		
Nausées			+
Vomissements	+	+	+
Mealena		0	
Hématémèse	0	0	+
Perte de poids	17 kg	4 kg	11 kg
Ant.de traitement pour trouble G.I.	0	de 1946 à 1960	0
Complications	stén. pylori- que	0	0
Traitement médical	+	0	+
" chirurgical	+	+	0

	Obs.1	Obs.2	Obs.3
Facteurs prédis- posants			
Tabac	10 cig/j	30 cig/j	0
Alcool	1 l de Bière 1 diges- tif	1 l de Bière ½ de vin Apéritifs	0
Psychisme	N	N	anxiété hyper- émotivité
Traitement médical Anti- inflamma- toires	0	0	+

COMMENTAIRES

-:-

Nous avons retenu les études de PARIS J. et THERON H. ; à propos de 11 cas, de COHN SARTIN et SUDDUTH à propos de 48 cas, comprenant soit des lésions bénignes, soit des lésions malignes et à propos de ces 48 cas, une étude statistique portant sur 742 cas de niches géantes gastriques : 73 observations de STRANGE du Whistington Hospital de Londres ; 28 observations de R et G. LEDOUX - LEBARD - J. CROZAK et Mademoiselle G. PANNETIER. Les observations de POINSEAU - MONGE et PAILLAND de Marseille ; les quatre observations de R.A. GUTTMANN.

Si nous avons retenu pour définition de l'ulcère géant celle de MATHIEU et MOUTIER ; quant à la taille, il n'en est pas de même pour tous et selon les auteurs la taille minima varie de 2,5 cm pour COHN et SARTIN à 3 cm pour la majorité des auteurs. Quoi qu'il en soit, il s'agit toujours de lésions anormalement étendues et dans ces statistiques un grand nombre d'observations concernent des lésions de 4 cm et plus.

Circonstances révélatrices :

- Douleurs épigastriques (observations), troubles fonctionnels, digestives, manifestations hémorragiques, perte de poids considérable (Observation 1 et 3) sont les signes cliniques les plus fréquemment retrouvés et qui amènent

nent le malade à consulter comme le montre le tableau n°2 portant sur 116 cas. Cependant dans un nombre non négligeable d'observations, le tableau clinique est totalement atypique, seulement 60 p.cent des malades présentant une douleur épigastrique, les caractères de périodicité et de rythmicité de cette douleur ne se rencontrent que dans la moitié des syndromes douloureux épigastriques. La douleur est fréquemment permanente (Observation n°2). Une symptomatologie atypique : anorexie, nausées sans douleur n'est pas rare (Observation n°3). BUSSON et BOUDEAU insistent à propos des ulcères géants d'origine iatrogène sur l'absence fréquente ou l'atypie du syndrome digestif : gastrite à mima, brûlures plutôt que crampes, ni horaires réguliers, ni périodicité. Par contre ces mêmes auteurs insistent sur la brutalité d'apparition des complications. A tel point que le syndrome hémorragique est souvent révélateur d'un ulcère géant jusque là méconnu pour DEPARIS et MANIGAND à propos d'une étude portant sur des sujets de plus de 50 ans, hématomèse et mélaena sont révélateurs dans les trois quarts des cas d'un ulcère méconnu.

Signes cliniques :

Le début de la symptomatologie est délicat à préciser, il est pratiquement bien difficile de déterminer la durée exacte de l'évolution et c'est arbitrairement que l'on peut guider la durée de l'évolution en catégories : dans 45 p. cent des cas, l'évolution dure moins d'un an, dans 55 p.cent des cas, elle est supérieure à un an (Tableau n°3). Enfin, pour COHN et SARTIN, dans 15 p.cent des cas, ces auteurs décrivent une association d'ulcère géant bénin de la petite courbure et d'un ulcère duodénal, association que nous avons nous même constaté chez l'un de nos malades (observation n°1).

La symptomatologie peut être typique (30 p.cent), il s'agit d'un syndrome ulcéreux dont les caractères ne le différencie en rien de ceux de l'ulcère gastrique habituel, cependant un amaigrissement important fait fréquemment partie du tableau clinique (Observation n°1).

La symptomatologie peut être atypique soit par l'absence de douleur, 40 p.cent des cas, ou par l'absence d'horaire, soit parce qu'il s'agit d'un syndrome dyspeptique à type de nausées ou de vomissements (Observation n°3). Enfin, il peut s'agir d'une altération de l'état général, sans symptomatologie digestive, plus fréquent chez les sujets âgés, d'après les études de DEPARIS et MANIGAND.

Signes radiologiques :

Seront recherchés sur des clichés pris selon une bonne technique avec multiplication des clichés et des incidences, sous amplificateur de brillance ou écran radioscopique permettant d'apprécier le caractère spasmodique ou permanent des images radiologiques le degré de tonicité de la musculature gastrique (A. MEUNIER).

La niche géante est caractéristique, siégeant fréquemment sur la portion sus-angulaire de la petite courbure, donnant une volumineuse image additionnelle qui est parfois si importante qu'elle peut passer inaperçue car on peut la confondre avec une onde de contraction banale ou avec un gros pli. Mais cette image d'addition peut revêtir deux aspects bien distincts : soit niche très profonde, térébrante, rappelant l'aspect de l'ulcère perforé bouché ; soit au contraire l'aspect de niche très large et plate mais peu profonde (observation n°3). Fond et contours sont le plus souvent réguliers mais peuvent être irréguliers, dentelés soit en rai-

son du fond granuleux qui les compose, pancréas, tissu de bourgeonnement ; soit en raison de la périviscérite associée. L'ombre de la niche est parfois homogène mais le plus souvent, elle présente des zones plus claires ou plus opaques dues à la présence de l'oedème, mais aussi, de mucus ou de fausses membranes intracavitaires. De nombreuses niches portent à leur base, les séparant de l'ombre gastrique, un cerne clair et concave, en croissant plus ou moins large.

Le rebord ou "bourrelet de la niche" peut n'être visible que sur des clichés en couche mince ou en évacuation. Si les bords sont épaissis par l'oedème, l'inflammation par une infiltration ou a plus forte raison par une prolifération néoplasique, le bourrelet se manifestera sous forme d'un large croissant clair sur l'image radiologique.

L'allure des plis de la muqueuse gastrique autour de l'ulcération n'est pas d'un apport considérable. Parfois les plis épaissis convergent en masse dans la portion verticale pour aboutir à la base de l'ulcération, plus souvent ils sont épaissis mais non convergents. On les voit parfois continuer leur trajet habituel de part et d'autre de la niche sans convergence ni épaissement.

Pour LEDOUX - LEBARD

Les modifications de l'estomac à distance présentent plus d'intérêt. Ces niches géantes n'entraînent pas d'une façon générale de rétraction ou d'enroulement de la petite courbure en raison de la proportion importante de formes aiguës qu'elles comprennent, sauf en cas d'ulcère vieux. Par contre, la portion de la grande courbure verticale en regard de la niche géante

bénigne présente souvent une légère encoche qui peut parfois être très marquée, aboutissant à une véritable biloculation de l'estomac. Cette encoche spasmodique est absente dans la statistique de LEDOUX - LEBARD, portant sur 29 cas dans les 4 cas de niches malignes mais manquent également dans 1/3 des cas de niches bénignes.

Endoscopie :

Le recours à la fibrogastroscope s'impose, présentant le double intérêt, d'un examen visuel et d'une biopsie orientée à la limite de la lésion (observation n°2).

Examen peu douloureux bien toléré par un patient coopérant. La fibrogastroscope nécessite une préparation soigneuse indispensable pour un examen complet de la cavité gastrique.

Examen qui doit être minutieux et soigné.

Le fibrogastroscope souple présente par rapport au gastroscope de Schirdler le désavantage d'une réduction notable du champ d'observation - compensé par la possibilité d'angulation de l'objectif à 90° en AV ou AR permettant une vision panoramique et complète de l'estomac.

Dans le diagnostic de l'ulcère gastrique géant de la PC la gastroscopie revêt un rôle complémentaire : la localisation ulcéreuse située dans une zone facilement explorable par le Radiologue en rend généralement le diagnostic aisé. La fibrogastroscope est utile pour confirmer les caractéristiques de l'ulcère qui se présente à l'endoscopie comme une lésion ovale de grande dimension, l'aspect des bords de l'ulcération présente le plus grand intérêt dans le cadre du diagnostic différentiel entre lésion bénigne et maligne, habituellement bien limités

et réguliers, souvent hémorragiques, témoins de l'activité de l'ulcère. Cependant dans l'ulcère calleux perforé bénin, les bords peuvent être nodulaires et irréguliers mais de couleur caractéristique, du rouge intense au rose pâle, à l'opposé de l'ulcération néoplasique dont les bords sont éversés, infiltrés, présentant un aspect jaunâtre pathognomonique.

L'aspect du fond ne présente qu'un intérêt plus restreint, toujours gris sale ou hémorragique, bosselé, que l'on opposera surtout au fond blanc et propre du petit ulcère bénin.

La biopsie orientée sera réalisée à la limite de la lésion. Elle permettra d'étayer le diagnostic de bénignité sans cependant être suffisante pour affirmer à coup sûr un tel diagnostic. POINSEAU et MONGES retiennent un certain nombre de caractères anatomo-pathologiques de l'ulcère géant et pensent que "Rien ne permet de distinguer dans sa structure anatomique l'ulcère géant d'un ulcère gastrique banal".

On retrouve les aspects caractéristiques de la nécrose fibrino-leucocytaire qui borde le fond de l'ulcération au contact d'un granulome inflammatoire reposant sur une lame de sclérose. Des filets nerveux et des vaisseaux y sont englobés, certains même sont modifiés avec aspect d'endartérite, de thrombose organisée (observation n°2). Sur le plan topographique et anatomique, l'ulcère géant se situe toujours à une certaine distance du cardia et du pylore ; la perte de substance est limitée par un bourrelet taillé à pic que réalise la paroi oedématisée ; la paroi gastrique est abrasée en totalité sur une grande étendue ; l'ulcère repose sur des lames fibreuses développées aux dépens des tissus conjonctivo adipeux et s'accompagnent d'adhérences aux organes voisins, pancréas ou foie. Des ganglions s'y trouvent inclus, le caractère té-

rébrant de l'ulcère fait qu'il atteint le niveau des vaisseaux péri-gastriques et des artères de calibre important se trouvent directement en contact de la nécrose. Ce sont de plus des vaisseaux fréquemment pathologiques de type artério scléreux comme nous l'avons vu précédemment.

CARACTERES BIOLOGIQUES DES ULCERES GEANTS BENINS GASTRIQUES

Il ne semble pas exister de caractère biologique particulier à l'ulcère géant bénin. La vitesse de sédimentation est toujours accélérée, l'urée, les tests hépatiques, cholestérol n'ont pas de signification diagnostique. Pour POINSEAU et MONGES l'hypoprotidémie est fréquente, nous l'avons nous-même observée chez l'un de nos malades (observation n°1) qui présentait également une anémie importante en dehors de toute notion hémorragique.

Pour DEPARIS et MANIGAND, une telle anémie se retrouve dans 6 p.cent des cas. Anémie et hypoprotidémie sont à rapprocher de l'asthénie de l'amaigrissement considérable chez ces malades qui bien souvent s'imposent une restriction alimentaire par crainte de douleur.

A l'issue de cet examen clinique, radiologique, endoscopique et anatomo-pathologique éventuel, en cas de prélèvement biopsique, le diagnostic d'ulcération géante de la petite courbure est posé mais sa nature bénigne reste bien souvent douteuse. L'allure "pseudo tumorale" des lésions radiologiques, le grand amaigrissement peuvent encore faire hésiter sur la nature réelle de ces lésions. En l'absence de complication, l'indication opératoire sera différée

et l'évolution sous traitement participe à l'établissement du diagnostic, épreuve thérapeutique codifiée par GUTTMANN qui après un premier transit gastro-duodénal soumet le malade à un traitement médical intensif bref, comportant régime, repos, antispasmodique, protecteurs de la muqueuse gastrique.

A l'issue de ces trois semaines de traitement : soit les lésions radiologiques ont régressé nettement, la nature bénigne d'une telle lésion ne faisant plus de doute ; soit se sont nettement aggravées, élément péjoratif devant faire douter de la bénignité et imposant un acte chirurgical de même que dans les cas de non amélioration ou de légère régression des lésions radiologiques qui peuvent être mises sur le compte d'une simple diminution de la réaction oedémateuse péri-ulcéreuse.

L'évolution spontanée peut se faire vers les complications souvent révélatrices. Trois ordres de complications sont à prendre en considération. STRANGE dans une étude portant sur 73 malades dénombre 26 complications hémorragiques soit 34 p.cent. Dans 21 cas, une gastrectomie d'urgence s'imposait gravée d'une mortalité du tiers (7 cas) soit au cours en en suites immédiates de l'intervention. Dans 20 p.cent des cas (observations) l'hémostase fut réalisée en dehors de tout acte chirurgical.

DEPARIS et MANIGAND relèvent une proportion plus importante de complications hémorragiques dans une statistique se rapportant à des sujets de plus de 50 ans ce qui semble confirmer le rôle de l'athéro-sclérose dans la genèse des complications hémorragiques de l'ulcère géant.

La perforation en péritoine libre n'est pas une complication courante de ces ulcères de la petite courbure, ce qui se comprend facilement

du fait des rapports anatomiques de la région.

La sténose gastrique par rétraction de la petite courbure entre pylore et cardia, et l'augmentation relative de longueur de la grande courbure avec modification de capacité de l'estomac est décrite dans trois des 73 observations de STRANGE.

Dans notre deuxième observation, nous avons constaté une sténose centrale importante avec dilatation et atonie gastrique, en amont présence de quantité importante de liquide de stase à jeun. LEDOUX - LEBARD dans son étude radiologique des niches géantes gastriques décrit de véritables biloculations gastriques en cas de lésions siégeant sur la portion verticale de la petite courbure.

Actuellement la conduite à tenir vis-à-vis des ulcères géants bénins de la petite courbure semble assez facile à tracer : bilan clinique, biologique, radiographique complété par une gastroscopie, en l'absence de complication qui imposerait un traitement chirurgical rapide (observation n°2), mise au repos et traitement médical bref intensif avant un second bilan radiologique de l'ulcère.

Soit les lésions régressent et la guérison par le seul traitement médical peut être envisagée (observation n°3) ; c'est le plus souvent le cas des ulcères à évolution aiguë d'origine iatrogène. Le traitement médical sera prolongé jusqu'à consolidation ; une surveillance radiologique attentive et répétée s'impose.

Soit les lésions régressent de façon insuffisante car il existe une importante sclérose péri-ulcéreuse, le risque de complications hémorragiques reste important et l'intervention réglée sera pratiquée sur un sujet en état général satisfaisant (observation n°1).

Le traitement médical est identique à celui de l'ulcère gastrique habituel : régime, repos, administration d'anti-spasmodiques, d'Oxyferris-carbone sodique type Bismuth, auquel certains adjoignent un neuroleptique mineur à visée anxiolitique, genre SULPIRIDE.

Le traitement chirurgical de l'ulcère géant bénin fait appel à la gastrectomie des 2/3 avec anastomose à la Péan. C'est, d'après les différents auteurs, la méthode la plus fréquemment utilisée.

Le traitement d'urgence des complications hémorragiques fait appel à la gastrectomie de "sauvetage" pratiquée en urgence sur un sujet en mauvais état et grévée comme nous l'avons vu plus haut d'une mortalité élevée.

PLACE DE L'ULCERE GEANT BENIN DE LA
PETITE COURBURE DANS LE CADRE DE
LA MALADIE ULCEREUSE

-:-

FREQUENCE : Pour COHN et SARTIN, 40 cas d'ulcères de grande dimension c'est-à-dire de plus de 2,5 cm de diamètre sur une série de 1000 ulcères gastro-duodénaux, soit 1,80 p.cent de tous les ulcères gastriques et duodénaux.

INFLUENCE DU SEXE : A propos de 122 cas, 87 hommes et 39 femmes de 20 à 90 ans, soit un rapport de 2,23 à 1, ce qui est conforme aux proportions de 2,1 qui sont celles retenues communément pour l'ulcère gastro-duodénal en général (cf. tableau).

	COHN-SARTIM	STRANGE	PARIS THERON	St.PERS.	TOTAL
H	27	47	11	2	87
F	8	26	4	1	39
					122

Rapport 2,23 : 1

INFLUENCE DE L'AGE :

Le maximum de fréquence se situe entre 50 et 70 ans, les ulcères les plus gigantesques se rencontrent aux âges extrêmes de la vie pour PARIS et THERON.

Tranche d'âge	COHN SARTIM	STRANGE	PARIS et THERON	Etat pers.	TOTAL
20-30	2				2
30-40	2	1	2	1	6
40-50	4	9	6	1	20
50-60	13	16	7		36
60-70	6	27	2	1	36
70-80	7	19			26
80-90	1	2			3
	35	74	17	3	129

Cependant pour DEPARIS et MANIGAND, il semblerait qu'au delà de 50 ans, l'ulcère géant devienne aussi fréquent chez l'homme que chez la femme.

DUREE DE L'EVOLUTION :

Les différents auteurs conviennent qu'il est pratiquement bien difficile de déterminer la durée exacte de l'évolution et c'est arbitrairement que l'on peut scinder en deux groupes les ulcères géants bénins de la petite courbure.

Dans 45 p.cent des cas, l'évolution est inférieure à un an.

Dans 55 p.cent des cas, celle-ci est supérieure à un an.

	STRANGE	COHN	CAS PERS.		
1 an	29	18	2	49	45 %
1 an	44	17	1	62	55 %

TOTAL ... 111

ASSOCIATION MORBIDE, FACTEURS PREDISPOSANTS
ET FACTEURS ASSOCIES :

Dans 15 p.cent de ses observations, STRANGE décrit une association d'ulcère géant bénin de la petite courbure et d'un ulcère duodénal, association que nous avons nous même constaté chez l'un de nos malades (Observation n°2).

Alcoolisme et tabagisme sont retrouvés fréquemment. Le rôle de tels facteurs semble être le même, quel que soit la taille de la niche ulcéreuse. STRANGE et ses collaborateurs sur 66 malades ; 11 sont de grands fumeurs. Dans nos trois observations (Observations n°1 et 2) : 1 malade fume plus de 30 cigarettes par jour, le second plus de 10 cigarettes par jour. Le même malade présente des perturbations hépatiques en rapport avec une consommation importante de boissons alcoolisées (cf. tableau 1).

Les états d'anxiétés permanentes sont relevés dans 14 p.cent des cas pour STRANGE - DUBARRY - et RUMEAU en 1944 constatent dans la région bordelaise une augmentation significative du nombre des ulcères géants gastriques "coïncidant avec le début (1941) des restrictions et à l'angoisse due à l'occupation" ; constatation corroborée par LAMBLING et LEQUET qui à la même époque signalèrent des faits comparables.

Si ces facteurs peuvent être assimilés à des facteurs favorisant du fait de leur fréquence, la bronchite chronique est fréquemment associée: 16 malades sur 73 - Observations de DUBARRY.

Les facteurs iatrogènes seraient impliqués dans environ 13,75 p.cent des cas d'ulcères gastriques, quelle que soit leur dimension et leur localisation, les anti-inflammatoires et l'hormonothérapie cortico-surrénale étant généralement en cause.

Ces ulcères d'origine iatrogène ont des caractères cliniques et évolutifs si particuliers qu'ils forment une entité clinique. Notre troisième observation est, à ce titre, démonstrative.

Cette femme de 44 ans, anxieuse, inquiète, maigrira de onze kilos en quatre mois, sans jamais présenter de manifestation douloureuse épigastrique. Les seuls troubles retrouvés par l'interrogatoire, consistent en l'installation progressive d'une anorexie puis des vomissements jusqu'à ce qu'une série d'hématémèses de faible abondance attire l'attention sur l'appareil digestif, et conduise à pratiquer un transit gastro-duodéal qui révèle une ulcération géante de la petite courbure à rapprocher de la prise d'indométhacine et d'acide niflirique.

C'est TAYLOR qui le premier étudia l'effet ulcérigène de l'indométhacine en prises répétées, et qui mit en évidence les caractères cliniques et évolutifs particuliers de ces ulcères. Les 10 malades de TAYLOR avaient de 40 à 93 ans, six hommes et quatre femmes traités pendant des périodes variant de deux mois à deux ans. Voie d'administration orale pour dix malades, avec relais par voie rectale pour trois d'entre eux.

Ces malades furent hospitalisés pour :

- Anémie dans 4 cas ;
- Douleurs épigastriques post-prandiales pour 5 cas ;
- Hématémèse pour 2 cas.

La localisation prépylorique et petite courbure chez deux patientes - grande courbure dans deux cas - face postérieure dans deux cas - double ulcère de la petite courbure pour 1 cas.

Dans le cas de notre patiente, nous fûmes surpris de constater la régression quasi complète en trois semaines et totale en deux mois des lésions sous le simple effet de l'arrêt de toute médication anti-inflammatoire, du repos et du traitement anti-acide, anti-spasmodique.

Finalement, nous sommes frappé par le fait que pour chacune de nos trois observations, le problème diagnostique et thérapeutique se pose différemment.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme jeune, transplanté, récent fumeur et amateur de boissons alcoolisées, mais de façon modérée, chez lequel on ne trouve pas de notion de prise de médicament, les antécédents ne révèlent rien de particulier. L'évolution se fit d'un seul tenant en quatre mois, avec altération rapide de l'état général, le malade se présentant au premier examen, porteur d'un ulcère géant de la petite courbure compliqué d'une sténose gastro-pylorique et associée à la présence d'une seconde ulcération gastrique de siège pylorique.

Transplantation, anémie sans notion d'épisode hémorragique, hypoprotidémie et grand amaigrissement, sont les seuls facteurs qui permettraient d'aborder une hypothèse étiopathogénique.

Dans le cas de notre second patient, il s'agissait d'un homme de 62 ans, avec antécédents de maladie ulcéreuse, probablement guérie depuis 10 ans. Grand fumeur, buvant de façon immodérée, l'évolution se fit en un temps, avec amaigrissement important, mais sans signe biologique de dénutrition.

L'examen de la pièce opératoire révèle la présence de thrombus multiples obstruant les artérioles péri-ulcéreuses. C'est au sujet de ce malade que l'on peut évoquer le rôle de l'artério-sclérose génératrice, d'ulcères liés à un trouble nutritionnel pariétal d'origine vasculaire par hypervascularisation. De tels ulcères ont été décrits chez des sujets de plus de 50 ans. Certains auteurs pensent que l'artério-sclérose peut créer de toute pièce un ulcère géant. Ces auteurs parlent même "d'infarctus gastrique". GUICHARD et ses collaborateurs parlent d'angiosclérose ulcérogène. Cependant, il se pose un problème de déterminisme : est-ce l'ulcère qui est créé par les lésions vasculaires, ou bien, les lésions vasculaires sont-elles le fait de l'ulcère ? Un fait est quand même à noter : dans le cas de notre malade, cet ulcère, quoique bénin, n'a pas du tout régressé sous l'effet du traitement médical anti-ulcéreux habituel - sans action sur le mauvais état vasculaire - à opposer au cas de notre troisième observation.

EN CONCLUSION :

Nous pensons qu'il n'existe pas d'étiologie unique à ces ulcères géants, mais une intrication de facteurs prédisposants et de facteurs favorisants, peut être même un facteur familial, héréditaire, sur lequel DUBARRY insista après-guerre, et que c'est le cumul de ces facteurs occasionnels qui bien que dénués de valeur déterminante, peuvent intervenir.

C O N C L U S I O N S

-:-

Les ulcères géants bénins de la petite courbure gastrique ne sont pas exceptionnels, représentant 2 % des ulcères gastro-duodénaux. L'homme est plus souvent touché que la femme, surtout entre 50 et 70 ans. Mis à part les cas où ils sont manifestement secondaires à un traitement anti-inflammatoire, aucune étiologie particulière n'est retrouvée ; toutefois, leur association à un ulcère duodénal ou à une bronchite chronique est fréquente. La symptomatologie est souvent atypique, l'amaigrissement fréquent. Leur aspect radiologique comporte deux particularités : leur taille et leur situation sur la petite courbure, toujours à une certaine distance du cardia et du pylore. Sur le plan biologique, la vitesse de sédimentation est constamment accélérée et l'hypoprotidémie fréquente.

Le traitement médical semble peu actif sur cette variété d'ulcère, sauf en cas d'étiologie médicamenteuse, et le traitement chirurgical est donc l'aboutissement fréquent de leur évolution.

-:-

Vu :

Le Président :

Signé : A.D. NENNA

Vu :

Le Doyen :

Signé : A. GROSSIORD

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ASBURY G.F. -

Ulcères gastriques géants.

Arch. Surg. septembre 1964 - 89 - n°3,
488-490.

COHN I.J., SARTIN J.

Les ulcères gastriques géants.

Amer. Surg. mai 1958, 147, n°5, 749-759.

COHN I.J., SARTIN J., SUDDUTH

Ulcères géants de l'estomac.

Amer. J. Gastroenterology août 1959,
32, n°2, 121 à 135.

DEBRAY C., HOUSSET P., DELLUC G.

Une nouvelle méthode d'endoscopie gastrique.
Le fibroscope gastrobulbaire.

Arch. des Mal. de l'App. dig. 53 1026,
1964.

DEPARIS, MANIGAND

Remarques cliniques sur les ulcères gastro-
duodénaux observés après 50 ans.

Semaine des Hôpitaux 1962, 845-847.

J.J. DUBARRY, E. DUBARRY, Le BRAS, QUINTON

Les circonstances d'apparition de l'ul-
cère gastroduodénal du sujet âgé.

Soc. Gastro-entéro. du Sud-Ouest,
18-19 mai 1968.

DUBARRY J.J., RUMEAU P.

Les ulcères gastro-duodénaux de la
vieillesse.

Gazette médicale de France 1946, n°86.

FAYOLLE et PHILIPPE

Presse médicale 1956, T.64, p.1618.

Enoch FIORIMI, Agostino FRATTOM

Fibrogastroskopie et ses applications -
monographie 1968.

GUICHARD CHAPUIS

Morphologie des ulcéreux cliniques.

Lyon Médical 22.7.45, n°29, p.67.

GUTTMAN R.A.

Niche géante de la petite courbure.

Société méd. des Hôpitaux de Paris,
27.1.1939, p.77-80.

Ulcère géant de la petite courbure.

Feuillets du praticien ,1938.

ILLINGWORTH

1956, J. Royal Collège Surg. Edimburg
2-14.

JEMMINGS D., RICHARDSON J.E.

Ulcères géants de la petite courbure de
l'estomac.

Lancet 21.8.1954, 267, n°6834, 343-350.

LEVRAT BRET, RICHARD

Les ulcères gastro-duodénaux d'étiologie
et de pathologie comme chez l'homme.

Archive des mal. de l'app. digestif,
4 - 1953 - n°4, p.532.

R. & G. LEDOUX, LEBARD, J.CROZAT, Melle G.PAUNETIER

Les niches géantes de l'estomac à pro-
pos de 28 observations.

Arch. des maladies de l'app.digestif,
année 1945.

LEDOUX LEBARD R., J. GARCIA CALDERON, NEMOURS R.
L'ulcère géant de l'estomac à forme
pseudo-tumorale et son diagnostic radio-
logique.
Arch. des mal. de l'app. digestif 31 174
1942, n°132 - 316.

LEDOUX LEBARD, GROZ PAUNETIER
Niches géantes de l'estomac 28 obs.
Arch. des mal. de l'app. digestif, 34
207, 1945, n°132 - 316.

LOW F.M.
Ulcères gastriques de la grande courbure
dûs à la corticothérapie.
Brit. Med. jour. 15.12.1962, p.1580-1583.

MARSHARK RH., YARNIS H., FRIEDMAN AI.
Ulcères géants bénins de l'estomac
gastrocutérolgy -
Juillet 1953, 24, n°3, 339-356.

MATHIEU A., MOUTIER F.
L'ulcus géant de l'estomac.
Arch. des mal. de l'app. digestif,
10 257, 1919.

MEUNIER A.
Aspects radio-clinique des ulcères des
gens âgés de plus de 50 ans.
Thèse Lyon 1957.

PARIS J., THERON H.
Niches gastriques de grandes dimensions.
Echo médical du Nord, 1944, 15, 565.

POINSEAU, MONGE PAILLAND
Ulcère gastrique géant des sujets âgés.
Marseille.

ROSEMFELD C., DEBRAY CH.

Ulcère gastrique iatrogène à l'indométhacine récidive par pyrazoles, Aspirine, Corticoïdes.

Ligue Française contre le rhumatisme,
19.12.69.

STRANGE SL.

L'ulcère gastrique géant non évolutif.

Brit. Med. J. 21.2.59, n°5120, 476-480.

TAYLOR RT., HUSKISSOM EC., WHITEHOUSE GH.

Indomethacin and gastric ulcera.

Brit. Med. Journ. 21.12.1968, p.734 à 737.

TURNER J.C., DOCKERTY M.B., PRIESTLEY J.R.,
COMFORT M.W.

Etude clinico-pathologique des gros ulcères bénins de l'estomac.

Surg. Gyn. Obst. juin 1957, 104; n°6,
746-750.

VILLAIM F.R.

Ulcères perforés multiples d'origine iatrogène.

Thèse Paris 17.3.71.

ZATERKA S. et coll.

Ulcère gastrique géant rapport de 27 ans.

Am. J. Dig. Dis. mars 1962, 7, n°3,
236-249.

